

Thierry Simonelli

Psychanalyser le suicide ?

(Exposé à la 3^e Journée Nationale de la Prévention du Suicide, les 17 & 18 février 2009, organisés par le Centre d'Information et de Prévention)

« Dieu a tout fait de rien. Mais le rien perce. »
(Paul Valéry)

1. Un rêve inattendu

J'aimerais commencer par vous raconter un rêve que j'ai fait alors que je préparais cet exposé. Dans mon rêve, je me trouvais à l'étage supérieur d'un grand centre commercial. En contrebas, je voyais une immense baudruche, qui ressemblait très schématiquement à un animal – un chien ?, une vache ?, un porc ? La peau de la baudruche était semi-transparente, de couleur plutôt ocre. À l'intérieur, je vis alors des petits points noirs en mouvement, puis en y regardant mieux, je découvris que ce furent de petits bonhommes noirs et blancs, représentés de manière tout aussi schématique. Ces bonhommes semblaient se promener à l'intérieur de la baudruche gonflée, comme s'il s'agissait d'un autre petit centre commercial, à l'intérieur du centre commercial. Quand je me réveillai du rêve, le matin, une phrase me vint à l'esprit : « Les psychothérapies, toujours plus au service des gens ! »

C'est un vrai rêve et je vous laisserai interpréter à votre aise, si ça vous tente. Mais j'aimerais aussi vous fournir deux, trois associations qui s'y rapportent.

Ce rêve faisait suite à la première esquisse du plan de mon exposé, et plus particulièrement à une première formulation, très schématique, de mon introduction. Cette première ébauche reposait sur deux points :

- Le premier point relevait de la boutade médicale que vous connaissez peut-être : prenez un échantillon de 100 personnes et examinez-les en tenant compte de 5 critères d'analyse. Vous découvrirez que 2% de vos sujets présentent des valeurs anormales. Réexaminez votre échantillon avec 30 valeurs et vous découvrirez que 20% de vos sujets ne sont plus « normaux ». Examinez-les donc plus en profondeur, à l'aide de 374 valeurs et vous vous rendrez compte que 99% de vos sujets sont malades. La conclusion semble évidente : la santé correspond à l'état d'une personne qui n'a pas encore été suffisamment examinée.
- Second point : la boutade vaut évidemment pour le développement époustoufflant des troubles, syndromes et désordres psychopathologiques : en 1952 le DSM-I

énumérait 112 troubles et pathologies, en 1968, la deuxième édition en comptait 163. En 1980, la troisième édition passait à 224, et en 1987, la troisième version révisé en connaissait 253. Enfin, en 1994, la quatrième édition du DSM stipulait 374 troubles, syndromes et désordres. 374 !

Cette évolution revient à une augmentation de 333,92% de *psychopathologies* sur 42 ans ; soit une moyenne de 8% par an. Concrètement, cela équivaut à une moyenne d'environ 6 psychopathologies ou troubles mentaux nouveaux par an. Sommes-nous sujets à une pandémie sans pareille de maladies mentales? Le DSM-V sortira en 2012. Si la courbe de croissance restait linéaire, nous aurions donc 18 fois 6 = 108 nouveaux désordres, troubles, syndromes ou maladies mentales. Sans doute la différence ne serait plus que numérique. Car 374 troubles, syndromes et désordres suffisent amplement pour transformer la majeure partie des comportements, pensées et sentiments normaux en symptômes morbides.

2. Pourquoi la psychanalyse ?

En feuilletant les statistiques, les « fact sheets » de l'OMS et quelques autres sources officielles portant sur les définitions et les taux de suicides, je me suis étonné d'un étrange accord tacite – j'ai bien dit tacite, car je n'en ai trouvé d'explication nulle part – sur le rapport entre suicide et maladie mentale. À s'en référer à ces sources, il semble évident que la question du suicide constitue soit une question de psychopathologie, soit de « santé publique ».

L'initiative de la prévention du suicide de l'OMS (la SUPRE) énonce le problème du suicide, sans autre détour, en termes de « santé publique ¹ ». Et la présentation sait avancer des chiffres assez impressionnants. En 2000, approximativement un million de personnes sont mortes du suicide. Plus impressionnant encore : de par le monde, une personne se suiciderait toutes les 40 secondes. Le taux de suicide aurait augmenté de 60% dans les 45 années passées, si bien qu'aujourd'hui, le suicide compterait, toujours selon la même SUPRE, parmi les trois principales causes de mortalité des personnes âgées de 15-44 ans ². Bien sûr, quand on lit de tels chiffres, on ne peut que se sentir consterné ³.

Je savais que le suicide représentait souvent une catastrophe personnelle et familiale, un problème religieux ou moral, une question légale ou un problème policier. Mais un problème médical ? Un problème de psychopathologie ? En relisant l'invitation à ces journées de prévention du suicide, je me suis rendu compte aussi que l'ensemble des intervenants appartient à ce que l'on pourrait très largement désigner de « professions de santé ». Aucune personne, ayant elle-même survécue à une tentative de suicide, aucun représentant de familles qui déploreraient un suicidé dans leur sein, aucune association de suicidaires anonymes... Mais s'agirait-il alors du même consensus qui nous réunirait ici ? Nous sommes-nous réunis pour réfléchir sur les meilleures techniques d'enrayer une *maladie* ?

Cela me mettrait bien mal à l'aise. Je me demanderais d'abord dans quelle mesure je n'y usurperais pas ma place en tant que psychanalyste et, qui plus est, doublement « profane » (non-médecin).

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>

² http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

³ « SUPRE Prevention of suicidal behaviours: a task for all. », http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/index.html

Car quoi qu'on en dise : l'idée même de *psychothérapie*, le fondement même de l'approche *psychopathologique* présuppose inmanquablement la distinction du normal et du pathologique, du sain et du malade. Vous l'aurez remarqué : la particule « thérapie » ou « thérapeutique » est absente du *terme* de « psychanalyse ». Je veux bien qu'on parle de « psychothérapie d'orientation » psychanalytique, ou psycho-dynamique pour désigner un éventail plus large de pratiques inspirées confusément de Pierre Janet, de Freud, de Adler, de Jung, pour peu qu'on y trouve le dénominateur commun supposé par l'homonymie. Mais qu'en est-il alors de la « thérapie » dans la pratique psychanalytique ? Si je m'en réfère à une définition classique de la part de l'un de ses pères (Freud) je lis :

Psychanalyse est le nom 1) d'un procédé d'investigation de processus psychiques autrement difficilement accessibles ; 2) d'une méthode de traitement de troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation ; 3) d'une série de compréhensions [*Einsichten*] psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle.⁴ »

Des trois points mentionnés, un seul se réfère au thérapeutique, mais en le remplaçant par une notion bien plus générale : le « traitement ». Cela voudrait-il dire – tarte à crème des critiques de la psychanalyse – que cette psychanalyse ne se soucierait guère de soigner et de guérir ? Est-ce que cela reviendrait au snobisme de cette attitude qui ne se soucierait guère de la « guérison qui vient de surcroît » ? Est-ce que, en d'autres termes, les psychanalystes s'en fichent de la souffrance et des problèmes de leurs patients ?

Le glissement sémantique de ce type de réflexions est facile à suivre : quiconque n'admet pas la notion de « thérapie », n'admet pas celle de santé et de maladie et se désintéresse donc de toute forme de guérison et montre, par là-même se désintéresser et se déresponsabiliser de la souffrance psychique. Pour reprendre une réflexion qui m'a été adressée : n'est-ce pas humainement ignoble et moralement révoltant de tirer profit des « malades » et des souffrants de cette manière ?

En logique, ce type de raisonnement s'appelle un « faux dilemme » ou « énumération incomplète » : soit vous votez pour Bush, soit vous soutenez la cause du terrorisme. Donc : soit vous souscrivez aux présupposés de la psychopathologie, soit vous êtes un profiteuse malhonnête. Dans notre cas : soit vous admettez – t a c i t e m e n t – que la question du suicide et de sa prévention s'associe à la psychopathologie, soit vous êtes un charlatan refusant l'aide aux personnes en danger.

3. Et la maladie dans tout ça ?

J'aimerais donc revenir à mes questions du départ. Quelle pourrait être ma contribution à la question de la prévention du suicide en tant que *psychanalyste* ? Et surtout, qu'en est-il de cet accord tacite qui rattache systématiquement la question du suicide aux problèmes de la santé et de la pathologie ?

La présentation de la problématique du suicide par la SUPRE mentionne des chiffres impressionnants. D'après cette initiative de prévention du suicide, le suicide représenterait la troisième cause de mortalité de par le monde. La *troisième* cause de mortalité ? Sans autre précision, cette affirmation me paraît pour le moins problématique.

⁴ « »Psychoanalyse« und »Libidotheorie« » dans S. Freud, *GW XIII*, p. 211. . Freud, *Résultats, Idées, Problèmes*, II, Paris, PUF. 1985, p. 51.

Car si, par exemple, je me rapporte au « World Health Report » de 2003, publié par la même OMS, je lis qu'en 2002, 877'779 personnes sont mortes de suicide par le monde. Soit 122'221 de moins que ne l'affirme la SUPRE.

Pour comparaison : 559'000 'seulement' sont mortes de violences non-spécifiées ; 178'000 sont mortes de guerres et de conflits militaires.

Mais il y a des statistiques bien plus impressionnantes encore :

1'192'000 personnes ont succombé à des accidents de la route.

1'800'000 personnes sont mortes des conséquences directes ou indirectes de la consommation d'alcool⁵.

Et, toujours, selon l'OMS : 4'900'000 personnes meurent *tous les ans* des conséquences de la consommation de tabac. C'est-à-dire que toutes les 7 secondes, une personne meurt du tabac. Si je reprends le calcul de tout à l'heure : pour chaque personne qui se suicide, c'est-à-dire toutes les 40 secondes, 4,7 « meurent » du tabac. Pendant les mêmes 40 secondes, environ 1,4 personnes meurent de rouler en voiture. D'après les chiffres de l'OMS 5 fois plus de personnes meurent du tabac que du suicide, 2 fois plus d'alcool et 1,4 fois de plus dans leurs voitures.

Mais quoi qu'il en soit de ces statistiques contradictoires, elles ne suffisent guère à justifier l'attribution de la question des suicides au domaine de la « santé publique », ou à celui de la santé tout court. Aussi je supposerai que même les thérapeutes les plus enthousiastes hésiteraient à qualifier les fumeurs, les consommateurs d'alcool de « malades mentaux », avérés ou latents. Et je suppose, j'espère qu'il ne se trouvera plus personne pour diagnostiquer les automobilistes comme malades.

Pourquoi alors, le suicide serait-il un problème de santé, de santé publique ou même de santé mentale ? Je ne doute pas, comme l'exprime l'OMS, que de tels taux de suicide représentent un sérieux « coût économique [qui] se chiffre en milliards de dollars ». Et, je répète, qu'il me semble tout à fait indiscutable qu'on y voie un problème personnel, moral, légal, politique, théologique ou philosophique, un problème pour les concernés, pour les familles, pour les amis. Mais de *ce* point de vue, *rien* ne distingue les suicides du tabagisme, de la consommation d'alcool ou des accidents de la route. De *ce* point de vue, rien ne le distingue des victimes de guerres, d'accidents domestiques ou de bêtes négligences. Les statistiques, contradictoires ou non, s'avèrent futiles quand il s'agit de *qualifier* les suicides, – représentation ou acte.

Mais pourquoi alors, parmi toutes ces causes de mort, seul le suicide est associé à la *maladie* ? Surtout quand on pense à ce type de suicide dont il a tant été question récemment : le suicide au nom d'« euthanasie » ? Est-il une maladie ? Non ! Il est même en passe de devenir un droit légal.

Si je regarde en arrière, si je jette un coup d'œil sur l'histoire du suicide, je me rends compte que la 'pathologisation' du suicide est assez récente. Elle date du dix-neuvième siècle⁶. Comment la question du suicide a-t-elle donc été rattachée à celle de la maladie au dix-neuvième siècle. N'étant pas médecin moi-même, je préfère donner la parole à un médecin, à un Professeur de psychiatrie, pour être plus précis :

Qu'est-ce qui a été découvert au dix-neuvième siècle pour ôter le suicide de la catégorie du péché ou du crime et pour l'attribuer à celle de maladie ? La réponse est : rien. Le suicide n'a pas été *découvert* être une maladie ; il a été *déclaré* en être une. Le fait de rebaptiser et de re-classifier comme malade tout une foule de

⁵ http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

⁶ D'après I. Veith, « Reflections on the Medical History of Suicide », in *Modern Medicine*, august 11, 1969, p. 116.

comportements préalablement considérés comme péchés et comme criminels constitue le fondement même sur lequel repose la psychiatrie moderne ⁷.

Je n'aimerais pas trop entrer dans la controverse que risque de déclencher cette dernière remarque. Mais j'aimerais tout de même indiquer, pour qui s'y intéresserait, que la notion même de « maladie mentale » est née comme une métaphore juridique au 16^e siècle. On en trouve une belle illustration chez la religieuse Thérèse d'Avila qui suggéra aux juges de l'Inquisition de traiter ces religieuses qui, comme elle, voyaient et parlaient à Dieu et aux anges, de les traiter donc « *comme si* » elles étaient malades. Une analogie qui leur permettait d'échapper aux accusations de sorcellerie ⁸.

Bien plus proche de nous, la notion moderne, positive ou scientifique de la « maladie mentale » est née de l'*aliénation* de la folie à la fin du XVIII^e ; plus particulièrement de la création de l'asile d'aliénés par Philippe Pinel. C'est dans l'*isolation* de l'asile, dans le *retrait* de la vie sociale et quotidienne, c'est dans cet isolement pratique et matériel du « fou » que la folie finit par être intériorisée. Ce sont l'isolation et le retrait qui conduisent à l'intériorisation et c'est cette intériorisation qui constitue la folie comme objet de la psychologie. Autrement dit : l'enfermement et l'isolement sont à l'origine même de ce regard objectif, clinique, qui caractérise, jusqu'à nos jours, l'abord dit scientifique ou psychologique des présumées « maladies » dites mentales.

Ensuite, cette nouvelle « maladie mentale », désormais sans métaphore, va de pair avec une minorisation, c'est-à-dire une infantilisation culpabilisante qui, à son tour, légitimise le contrôle et la coercition des « malades ». De ce fait, toute *psychopathologie* reste « commandée par ces trois thèmes qui définissent sa problématique : rapports de la liberté à l'automatisme ; phénomènes de régression et de structure infantile des conduites ; agression et culpabilité. ⁹ » C'est dire que la question de la psychopathologie n'est pas une simple question de « mots ». Elle relève d'emblée de la question du choix de l'action. Et par ce biais, la signification *politique*, escamotée par la pseudo-scientificité consensualiste, refait surface. Avant d'avoir été une question de « science », la maladie mentale a été est une question de politique et elle le reste jusqu'à ce jour.

Mais même en-deçà de cette qualité scotomisée, même sur le plan de la vie la plus quotidienne, traitons-nous vraiment de la même manière une personne dite normale et une autre, dite « mentalement malade » ? La notion même de « maladie mentale » détermine, jusque dans les plus détails les plus subtils, le type de relation et même le ressenti que nous avons avec les personnes étiquetées comme telles.

Avant de fermer cette parenthèse, j'aimerais encore attirer votre attention sur un autre phénomène individuel. La maladie mentale – ou les fameux « troubles », ou « désordres », *politiquement* plus corrects – touchent d'emblée à la question de l'identification. Même si vous ne travaillez pas dans une « profession de santé », vous avez certainement déjà rencontré des personnes qui vous disent : je *suis* dépressif, je *suis* schizophrénique, etc. Vous vous rendez à l'évidence que ce n'est absolument pas la même chose que d'affirmer « j'ai une arthrose fémoro-patellaire » et « je *suis* bipolaire ». C'est cette identification, souvent nourrie par les souhaits, la culpabilité ou les fantasmes de la personne en demande d'aide ¹⁰, qui contribue largement à créer, de

⁷ Thomas S. Szasz, « The Ethics of Suicide », in *The Theology of Medicine*, (1977). New-York: Harper & Row, p.74.

⁸ Th. R. Sarbin, « On the futility of the Proposition that some People be labelled "Mentally Ill". », dans *Journal of Consulting Psychology*, 1963, Vol. 31, N° 5, p. 448.

⁹ Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie*. (1954) Paris : Puf, p. 87.

¹⁰ Sans même mentionner les « bénéfices secondaires » de la maladie.

toutes pièces, des symptômes, syndromes, « troubles » et « désordres » en autant de « self-fulfilling prophecies ¹¹ ».

Quiconque se montre sensible à ces prophéties auto-réalisatrices constate avec quelle aisance, nous arrivons à transmuier une personne triste, désespérée, ennuyée ou démotivée en « malade » souffrant de « dépression », avec quelle facilité, nous arrivons à métamorphoser une personne confuse, persécutée, une personne qui nous parle de ses « voix » ou de ses « visions », en schizophrène. Et il faudrait se boucher les oreilles *et* les yeux pour ignorer les conséquences psychiques et pratiques de ces transfigurations « scientifiques ».

L'autorité du spécialiste dont nous sommes investis, l'autorité de nos diplômes, de notre position sociale ou hiérarchique, de notre fonction ou encore de l'institution que nous représentons nous qualifie aussi comme de parfaits prophètes de cette « maladie mentale » qui nous semble d'autant plus indubitable, que nous la créons nous-mêmes de toutes pièces. Et nous la créons d'autant plus aveuglément que nous nous sentons animés par les intentions les plus scientifiques et les plus nobles.

4. En fait, c'est quoi un suicide ?

Peut-être vous demandez-vous ce qui peut bien rester du suicide et de sa prévention si, comme je le propose, nous le détachons du lien systématique et *systématiquement tacite* à la maladie ? Celui qui se suicide, on le supposera tout de même déprimé, ou bipolaire, ou du moins irrationnel ou insensé ? Que serait donc un suicide, sa tentative, sa représentation ou son souhait, s'ils n'étaient maladie ?

Que perd-on à la compréhension du suicide à la détacher d'une notion de psychopathologie, suffisamment problématique en elle-même ?

Rien !

Au contraire : on y gagne une richesse de compréhension et une variété d'expressions nouvelles insoupçonnées. Même si l'on ne s'en tient qu'au simple *concept* (théorique) du suicide, on trouve, à côté du suicide « médicalement assisté », pas si dingue tout de même, des suicides religieux, sociaux ou traditionnels et politiques, pas si irrationnels ; des suicides de bilan, très rationnels ; des suicides philosophiques, militaires, des suicides traditionnels, pas si malades.

Et l'on trouve même des suicides directs et indirects ; la distinction la plus vexatoire pour nosographes. Car, sachant que le tabac accroît considérablement mes chances de mourir 'avant mon heure', est-ce que je me comporte en suicidaire quand je fume ? Ou, question plus subtile encore : étant donné que la voiture tue plus de gens que les suicides, me comporté-je en suicidaire quand je prends ma voiture ?

¹¹ Je reprends la notion du sociologue Robert Merton qui définit la prophétie auto-réalisatrice de la manière suivante: « The self-fulfilling prophecy is, in the beginning, a false definition of the situation evoking a new behaviour which makes the original false conception come 'true'. This specious validity of the self-fulfilling prophecy perpetuates a reign of error. For the prophet will cite the actual course of events as proof that he was right from the very beginning. ». (Merton, Robert K, *Social Theory and Social Structure*. (1968) New York: The Free Press, pp. 477. Avant Merton, Karl Popper nommait le même phénomène « effet Edipe ». Popper le définit de la manière suivante : « Der Gedanke, dass eine Prognose das vorhergesagte Ereignis beeinflussen kann, ist sehr alt. In der Sage tötet Ödipus seinen Vater, den er nie vorher gesehen hat, und dies ist das unmittelbare Ergebnis der Prophezeiung, die seinen Vater bewogen hat, ihn auszusetzen. Deshalb schlage ich vor, den Einfluss der Prognose auf das prognostizierte Ereignis (oder allgemeiner den Einfluss einer Information auf die Situation, auf die sie sich bezieht) als „Ödipuseffekt“ zu bezeichnen, gleichgültig ob dieser Einfluss für oder gegen das vorhergesagte Ereignis wirkt. » (Popper, Karl, *Das Elend des Historizismus*, 1965, 1974⁴. Tübingen : J.C.B. Mohr, p. 11)

Même le sociologue¹², du haut de son nivellement du particulier, de l'extérieur de son regard objectivant se voit contraint de distinguer quatre genres différents de suicides – égoïstes, altruistes, anomiques et fatalistes – selon les degrés d'intégration ou de régulation sociale.

Comment ferions-nous, en tant qu'individus confrontés à d'autres individus, pour raboter toutes ces différences *qualitatives* ? Et sur quoi poserions-nous les principes de notre action quand nous éliminons ce sur quoi elle s'exerce ?

Assurément, pour l'interventionniste féru, pour le technicien de la guérison, ce ne sont là que de simples jeux de mots. Voici un suicide, nous dira le bon sens pratique, c'est ici qu'il faut *agir*. (*Hic Rhodus, hic salta!*) Pas question de débattre vainement de mots vides ou de théories subtiles : attaquons de front le problème concret !

Pourtant, comme tout technicien ou ingénieur, comme tout médecin, notre guérisseur de bon sens, ne serait pas *si* mal avisé de connaître son 'objet' avant de le manipuler. En tous les cas, son efficience ne perdrait pas de savoir ce sur quoi elle s'exerce.

De même que nous n'aimerions pas avoir affaire à un chirurgien qui nous proposerait de nous guérir par telle ou telle intervention, sans même entreprendre de connaître les causes et les origines de notre problème, de même il semblerait peu convaincant de prévenir un acte dont on ne se serait même pas donné la peine de le comprendre. Sous-entendu : classifier n'est pas comprendre¹³ ! En toute bonne logique, classifier c'est prendre une décision ou porter un jugement.

Qu'est-ce donc qu'un suicide, avant-même que nous ne le classifions généralement et implicitement de morbide ?

Le suicide est une représentation, une idée ; il est intention, souhait ou projet. Il est encore acte, en tant qu'acte, le suicide relève d'un comportement intentionnel, c'est-à-dire d'un comportement doté de sens et relevant d'une décision¹⁴. Et il y a un abîme entre un simple *mouvement*, entre le *remuement* d'un corps d'un côté et un acte ou une action de l'autre.

J'aimerais, à ce propos, vous rappeler une distinction vieille de deux millénaires et demi. Celle de quelqu'un qui, face à sa propre mort, librement consentie, s'exprimait ainsi :

[C'est] comme si [...] essayant de dire la cause de chacune de mes actions, on soutînt d'abord que, si je suis assis en cet endroit, [...] c'est] parce que mon corps est composé d'os et de muscles, que les os sont durs et ont des joints qui les séparent, et que les muscles [...] ont la propriété de se tendre et de se détendre [...] et que c'est la cause pour laquelle je suis assis ici les jambes pliées.

Mais appeler **causes** de pareilles choses, c'est par trop extravagant. Que l'on dise que, si je ne possédais pas des choses comme les os, les tendons et les autres que je possède, je ne serais pas capable de faire ce que j'aurais résolu, on dira la vérité ; mais dire que c'est **à cause de cela** que je fais [...] et non par le choix du meilleur, c'est faire preuve d'une extrême négligence dans ses expressions. C'est montrer qu'on est incapable de discerner la cause véritable de ce sans quoi la cause ne saurait être cause. (Platon, *Phédon*, XLVII. *Je souligne*, TS.)

La cause d'un **acte** et *a fortiori*, la cause d'une représentation, d'une intention ou d'un projet ne tient pas dans l'air ou dans l'eau, elle ne tient pas dans les os, les tendons, ou les neurones. Assurément, sans os, sans muscles ou sans neurones, nous ne serions pas à

¹² E. Durkheim, *Le suicide* (1897, 2007). Paris : PUF.

¹³ « La manie de classifier peut être bonne à l'endoctrinement, mais elle est inutile à la science. » (Joseph Joubert, *Pensées*, t. 1, 1824, p. 458.)

¹⁴ Je pense qu'il n'est pas besoin d'être particulièrement freudien pour penser qu'une décision puisse être involontaire et même 'inconsciente'.

même de faire ce que nous avons résolu. Indubitablement, nous ne serions même pas en mesure *de* nous résoudre en premier lieu. Mais ce n'est pas **à cause de** ces « choses étranges » que nous pensons, parlons et agissons : car ce serait encore comme si « au sujet de mon entretien avec vous, [on ...] assignait des causes comme la voix, l'air, l'ouïe et cent autres pareilles... »

Sans air, sans voix, sans ouïe, nous ne nous entretiendrions pas comme nous le faisons. Mais auriez-vous vraiment l'impression de mieux comprendre *ce dont* nous nous entretenons, si l'on vous disait que nous faisons vibrer de l'air ? Ou vous sentiriez-vous mieux informés si, après avoir raté l'un de ces exposés, quelqu'un vous disait que M. X a *parlé* 40 minutes ?

Or, c'est ce que fait celui qui, sans autre détour, attribue la représentation et l'acte du suicide à une quelconque maladie, à un quelconque symptôme, sans faire le détour de savoir *pourquoi* telle personne pense au suicide et quel sens elle y attribue elle-même.

Qu'apprenons nous, que comprenons-nous du discours d'une personne, si nous en disons : la personne *parle* ? Que saisissons-nous d'une personne que nous observons quand affirmons que la personne met en œuvre un *comportement* ? Que *comprendons-nous* à une personne qui porte atteinte à sa propre vie, si nous soutenons qu'elle commet un péché ? Et que savons-nous d'un acte suicidaire, si nous le classifions comme symptôme ?

Abordez encore la question en termes de neurones, de substances médiatrices ou même de « pensées noires » et vous en chasserez, en un seul tour de main, ce **sens** qui distingue la **pensée** d'une réaction électrochimique, cette signification qui sépare l'**action** d'une induction neuromusculaire.

Sans prêter attention à cette différence, nous nous condamnons soit à des descriptions triviales, soit à des jugements. Mais surtout : nous attribuons une interprétation de l'extérieur, notre avis moral ou spécialiste, qui **précède** et **se substitue** à la signification particulière, au sens singulier de la représentation ou de l'acte de tel individu.

Car par cet abord des choses, même quand nous nous donnons la peine d'écouter l'individu par-delà les quelques repères requis pour notre diagnostic, nous nous astreignons d'avance à ne plus voir ou entendre que des symptômes plus ou moins typiques, des idéations, plus ou moins repérées, des comportements, plus ou moins caractéristiques.

5. En guise de conclusion : cause toujours... mais que faire ?

Mesdames et Messieurs, en remettant en cause l'idée même de psychopathologie, en remettant en cause l'association systématique entre suicide et maladie, comme je viens de le faire, j'ai peut-être éveillé l'impression de défendre une sorte de nonchalance. Vous penserez peut-être que je prêche un laisser-aller ou pire, une parfaite indifférence quant à la question du suicide, ou même à celle de la souffrance psychique en général. Car, me diriez-vous peut-être, note premier souci, en matière de suicide, en matière de souffrance psychique, n'est pas de réfléchir ou de nous immobiliser sur des sophistications subtiles. Notre premier souci devrait être d'aider, de rebrousser les manches et de nous atteler à la tâche d'aider, de guérir, de « prendre en charge ». Allez : ensemble contre le suicide !

Et sans doute nous revient-il, dans ces cas, d'accorder plus de valeur à la vie du suicidaire que lui-même n'y accorde.

Vraiment ?

Nous soucions-nous vraiment plus de la vie de nos patients qu'eux-mêmes ¹⁵ ?

Voyons : à quoi cela ressemble-t-il, que de se soucier de la vie d'un autre ? Une famille tombe dans la misère et la mère décide de prendre un deuxième travail pour permettre à ses enfants de se nourrir décemment et d'être en mesure de suivre l'école. Ce faisant, elle se refuse tout loisir, toute vie personnelle et relationnelle pendant une décennie ou plus. Ou l'exemple classique : un navire coule, un avion s'écrase, mais le capitaine décide de rester aux commandes jusqu'au bout, afin de sauver les passagers.

Est-ce que les thérapeutes manifestent un souci similaire pour ceux dont la survie leur semblerait donc si importante ?

Une personne voudra se suicider parce qu'elle a perdu son travail ou son argent. Est-ce que nous l'embaucherons comme secrétaire ? Est-ce que nous lui trouverons un travail ? Est-ce que nous lui donnerons-nous notre argent ? Peu probable.

Une autre personne pensera au suicide parce qu'elle se sent seule et n'a plus d'amis. Est-ce que nous lui proposerons notre amitié ? Est-ce que nous passerons nos soirées libres avec elle ?

Une autre personne encore pensera à la mort parce qu'elle a perdu celle ou celui qu'elle aimait le plus au monde. Lui proposerons-nous notre amour, notre présence, notre consolation cordiale ?

Pourtant, ne serait-ce pas ce que nous ferions pour une personne qui nous est chère et dont nous nous soucierions *véritablement* ? Or, en tant que thérapeutes, nous ne proposons rien de tel.

Notre intervention, notre souci est légèrement plus « technique ». Car quand nous prétendons nous soucier de ces pauvres diables et diabesses qui en tentent à leur vie, nous avons déjà une idée bien précise de la tournure que prendra ce « souci » rémunéré.

Parce qu'en tant que spécialistes, nous connaissons les causes du problème de la personne qui se confie à nous : elle est malade, nous allons la traiter et la guérir ; elle souffre d'un déséquilibre neuro-métabolique et nous allons rééquilibrer ses neurones ; elle est sujette à des idéations dysfonctionnelles et nous allons la faire fonctionner à nouveau ; elle souffre de représentations et de comportements mal-adaptatifs et nous allons la réadapter et la reconditionner ; elle s'égaré dans des erreurs de pensée et des inférences arbitraires et nous allons lui apprendre la pensée logique et la maîtrise de ses pensées noires ; elle est sujette à ses conflits œdipiens ou tente de renverser ses pulsions de mort contre elle-même et nous allons lui faire prendre conscience des mécanismes inconscients qui la déterminent à son insu.

(Et pour vraiment bien faire, pourquoi ne pas appliquer une dose bien pondérée de chaque à la fois ? Histoire de maximiser le rendement.)

Dans tous les cas, nous savons, nous les spécialistes, à quoi nous avons affaire avant même que la personne ne nous parle de suicide. Et parce que nous savons à quoi nous avons affaire, nous savons comment réagir, comment intervenir avant même que le premier mot n'ait été échangé.

Vous voyez, Mesdames et Messieurs, de même que les bons conseils, les théories et les pratiques, les classifications et les interprétations ne manquent pas. Les cerveaux des spécialistes, les cabinets privés et les centres publics, les hôpitaux, les librairies et le Web regorgent de techniques, de savoir-faire et de compétences.

¹⁵ Dans ce qui suit, je reprends à mon compte l'argumentation de Th. Szasz, *The Theology of Medicine* (1977). New-York: Harper & Row, p.74.

Il ne me reste donc plus qu'une seule chose à rajouter : j'espère, personnellement, que parfois, parmi tous ces spécialistes et ces thérapeutes, parmi toutes ces bonnes âmes et ces cœurs saints qui ont fait de la souffrance de la vie des autres le contenu de la leur, que parmi toutes ces solutions et personnes qui les proposent, il s'en trouve quelques unes qui sachent écouter. Et que parmi ces quelques unes, qui sachent écouter, il y en ait une qui sache entendre.

C'est du moins ce que je me souhaite quand viendra le jour où la grande baudruche du marché aux consolations nous aura tous englouti.

Annexes statistiques

Année	Suicides	Troubles mentaux	Troubles névrotiques	Autres psychoses
1980	47	49	7	/
1990	68	79	6	/
1991	77	78	14	1
1992	59	103	14	1
1993	64	91	10	/
1994	74	91	11	1
1995	63	91	18	/
1996	72	98	25	1
1997	80	152	39	3

(Décès par cause (Classification selon la révision de 1975) 1980 – 1997. Source : STATEC¹⁶)

Année	Allem.		Autriche		Bel.		France		Italie		Lux		Portugal		Suisse	
	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D
1955			23,5		13,6		15,9		6,6				9,2		21,6	
1960			23,1		14,6		15,8		6,1				8,7		19,0	
1965			22,8		15,0		15,0		5,4		17,2		9,1		18,4	
1970			24,2		16,5		15,4		5,8		14,2		7,5		18,6	
1975			24,1		16,2		15,8		5,6				8,5		22,5	
1980			25,7		22,1		19,4		7,3		12,9		7,4		25,7	
1985			27,7		23,1		22,5		8,3		15,0		9,7		25,0	
1990	17,8		23,6		19,0		20,0		7,6		17,8		8,8		21,9	
1995	15,8		22,2		21,3		20,6		8,0		15,4		8,2		20,2	
1997					21,1											
2000	13,5		19,6				18,4		7,1		14,4		5,1		19,1	
2005	13,0		16,9				17,6		7,1		10,9				17,5	
2006			15,6													

(Source : OMS, Mental Health, Suicide Prevention¹⁷)

SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000

Years	Austria	Belgium	France	Germany	Italy	Luxembourg	Portugal	Switzerland
1970	24.78	16.4	15.91	...	6.05	...	...	19.48
1971	22.94	15.27	15.82	...	6.19	13.36	9.62	19.45
1972	23.66	15.32	16.54	...	6.09	14.64	9.2	20.33
1973	22.37	14.64	15.83	...	5.95	12.64	9.67	19.5
1974	23.86	15.5	15.91	...	5.49	12.86	9.46	21.12
1975	24.14	15.79	15.91	...	5.65	10.49	9.46	23.05
1976	22.63	16.31	15.85	...	5.73	13.98	9.73	22.35
1977	23.93	18.71	16.48	...	6.28	16.08	10.06	24.01
1978	24.51	20.22	17.12	...	6.45	18.45	10.33	23.87
1979	24.71	20.89	18.48	...	6.94	19.9	10.83	24.44
1980	25.09	21.56	18.99	...	7.15	12.88	8.08	24.94
1981	26.06	21.15	19.18	...	6.71	16.43	8.33	22.99
1982	26.59	20.99	20.32	...	7.2	20.5	8.81	23.7
1983	25.98	22.08	21.06	...	7.29	21.3	10.17	24.27
1984	25.51	22.65	21.3	...	7.47	17.67	10.74	23.64
1985	26.22	21.97	21.77	...	7.86	14.27	10.04	23.75
1986	26.68	21.04	22.07	...	7.65	13.12	9.57	21.42
1987	25.33	21.23	20.89	...	7.26	18.82	9.56	22.27
1988	22.58	18.88	19.73	...	6.97	17.32	8.12	20.73

¹⁶ <http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableViewHTML.aspx?ReportId=754>

¹⁷ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

1989	22.96	17.85	19.65	...	6.85	18.23	7.23	20.94
1990	21.7	17.53	18.95	15.47	6.8	16.67	8.31	20.13
1991	20.65	16.54	18.94	15.49	6.9	18.59	8.89	20.72
1992	20.58	17.19	19.04	14.7	7.08	13.96	8.13	19.11
1993	19.44	19.68	19.84	13.83	7.25	15.21	7.24	18.77
1994	20.37	19.45	19.35	13.84	6.92	17.47	7	19.62
1995	20.2	19.68	18.71	13.92	6.94	14.18	7.32	18.55
1996	19.94	18.31	17.84	13.16	7.13	16.5	5.71	18.57
1997	17.8	19.6	17.47	13.15	7.02	17.98	5.44	17.12
1998	17.57	18.19	16.54	12.5	6.66	13.96	4.76	17.5
1999	17.32	16.8	16.08	11.87	6.08	16.46	4.52	16.4
2000	17.53	...	16.76	11.7	6.07	13.45	4.28	17.16
2001	16.53	...	16.14	11.7	5.93	15.95	6.3	16.4
2002	16.96	...	16.32	11.56	5.95	18.22	10.12	17.46
2003	15.82	...	16.48	11.51	5.85	10.29	9.36	14.98
2004	15.22	...	16.26	10.97	...	13.24	9.59	14.99
2005	14.75	...	15.87	10.46	...	9.93	...	14.96
2006	13.4	...	15.35	9.82	5.15	...	...	14.86
2007	13.22	...	...	...	...	...	...	...

(Source : World report on violence and health, MS, chap. 7, p.)